

# DƯ KIỆN CHO VIỆC TÁI THẨM ĐỊNH — CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP NUÔI CON NUÔI

TÊN HỌ ĐÚA TRẺ

NGÀY SINH CỦA ĐÚA TRẺ

SỐ HỒ SƠ TRÀ CẤP KHOẢN AAP CỦA ĐÚA TRẺ

TỈ XÃ HỘI HẠT

HẠN CHÓT NỘP MẪU NÀY (14 NGÀY SAU NGÀY MẪU NÀY  
ĐƯỢC GỬI ĐI)

Mục đích của mẫu này là để cung cấp cho cơ quan phụ trách cho/nhận con nuôi sự cập nhật hóa về các nhu cầu của đứa trẻ mà quý vị hiện đang nhận các cấp khoản của chương trình trợ cấp AAP (trợ cấp nuôi con nuôi) và trợ cấp Medi-Cal (trợ cấp y tế của California) cho đứa trẻ đó. Việc không điền đầy đủ và gửi hoàn mẫu này trong vòng hai tuần lễ (14 ngày) kể từ ngày mẫu này được gửi đi có thể gây gián đoạn hay chậm trễ trong việc nhận trợ cấp. Nếu mẫu này không được gửi hoàn cho cơ quan phụ trách việc cho/nhận con nuôi vào hay trước hạn chót nộp mẫu này, cơ quan này sẽ đi đến kết luận là trợ cấp AAP không còn cần đến nữa và trợ cấp AAP cùng với trợ cấp Medi-Cal có thể chấm dứt. **Xin điền hoàn tất mẫu này**, viết đính kèm ra những tờ giấy rời nếu cần thêm chỗ, **ký tên và đề ngày vào mẫu rồi gửi hoàn mẫu này trong vòng hai tuần lễ** về địa chỉ:

TÊN CƠ QUAN PHỤ TRÁCH VIỆC CHO/NHẬN CON NUÔI
ĐỊA CHỈ
SỐ ĐIỆN THOẠI (        )

**Đánh dấu (/) vào một trong các ô sau đây:**

- Chúng tôi chịu trách nhiệm về mặt pháp lý trong việc cấp dưỡng cho đứa trẻ này, và chúng tôi hiện đang cấp dưỡng cho đứa trẻ này.
- Chúng tôi hiện không còn chịu trách nhiệm về mặt pháp lý trong việc cấp dưỡng cho đứa trẻ này nữa.
- Chúng tôi hiện không còn cấp dưỡng cho đứa trẻ này nữa.

**Đánh dấu (/) vào một trong các ô sau đây:**

- 1. Tôi/chúng tôi không muốn nhận trợ cấp AAP và/hoặc trợ cấp Medi-Cal cho đứa trẻ có tên nêu trên nữa. Nếu nhu cầu của đứa trẻ này thay đổi, khi đó tôi/chúng tôi có thể liên lạc với quý cơ quan.
- 2. Tôi/chúng tôi tiếp tục cần có trợ cấp AAP và/hoặc trợ cấp Medi-Cal cho đứa trẻ có tên nêu trên. Các nhu cầu của đứa trẻ này không có thay đổi nào để làm lý do xác đáng cho một sự cắt giảm mức cấp khoản, cũng không có bất kỳ một sự thay đổi nào về lợi tức của đứa trẻ này. Tôi/chúng tôi xin được tiếp tục cấp trợ cấp AAP ở mức hiện nay. Tôi/chúng tôi hiểu rằng ngày tái thẩm định lần tới cho đứa con của chúng tôi sẽ là \_\_\_\_\_.
- 3. Tôi/chúng tôi tiếp tục cần đến trợ cấp AAP và/hoặc trợ cấp Medi-Cal cho đứa trẻ có tên nêu trên. Tôi/chúng tôi xin được hưởng một sự gia tăng về trợ cấp AAP bởi vì các nhu cầu của đứa trẻ này hiện đã thay đổi. Tôi/chúng tôi xin khai nộp với quý cơ quan các dữ kiện sau đây để giúp quý cơ quan trong việc quyết định xem sẽ có chấp thuận việc gia tăng trợ cấp hay không, và nếu được tăng, số tăng là bao nhiêu. (**Xin điền đầy đủ Phần I.**)
- 4. Tôi/chúng tôi tiếp tục cần đến trợ cấp AAP và/hoặc trợ cấp Medi-Cal cho đứa trẻ có tên nêu trên. Tôi/chúng tôi xin được cắt giảm số trợ cấp AAP của đứa trẻ có tên nêu trên xuống còn \$\_\_\_\_\_ bởi vì các nhu cầu của đứa trẻ này hiện đã thay đổi. Tôi/chúng tôi hiểu rằng vào bất cứ khi nào nếu như các nhu cầu của đứa trẻ này có sự thay đổi chúng tôi có thể liên lạc với quý cơ quan để thương lượng trở lại về trợ cấp AAP.

## PHẦN I

1. Tôi/chúng tôi xin được hưởng một sự gia tăng của trợ cấp AAP căn cứ vào các nhu cầu sau đây của đứa trẻ và hoàn cảnh của gia đình:

---

---

---

---

---

Tôi xin đính kèm tài liệu bằng văn bản để giúp cơ quan phụ trách việc cho/nhận con nuôi trong việc quyết định của cơ quan.

### 2. LỢI TỨC CỦA ĐỨA TRẺ

a. Lợi tức không phải là tiền làm ra được của đứa trẻ này

Tiền An Sinh Xã Hội (Social Security) ..... \$ \_\_\_\_\_  
(HÀNG THÁNG)

Trợ cấp cho người già, người mù và người mất năng lực (SSI/SSP) ..... \$ \_\_\_\_\_  
(HÀNG THÁNG)

Lợi tức khác ..... \$ \_\_\_\_\_  
(HÀNG THÁNG)

Tổng cộng lợi tức của đứa trẻ: ..... \$ \_\_\_\_\_ X 12 = \$ \_\_\_\_\_  
(HÀNG THÁNG) (HÀNG NĂM)

### 3. BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Gia đình có bảo hiểm sức khỏe không? .....  CÓ  KHÔNG

Nếu CÓ, kê khai tên của chương trình bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Đứa trẻ có được bảo hiểm bởi chương trình bảo hiểm này không? .....  CÓ  KHÔNG

Nếu KHÔNG, ghi lý do: \_\_\_\_\_

### 4. DỮ KIỆN KHÁC

a. Đứa trẻ này có phải là thân chủ của một trung tâm vùng (Regional Center) không? .....  CÓ  KHÔNG

Nếu CÓ, trung tâm vùng nào: \_\_\_\_\_

### 5. SỐ TRỢ CẤP AAP HÀNG THÁNG HIỆN ĐANG NHẬN, NẾU CÓ

Cho việc săn sóc căn bản (thực phẩm, quần áo, chăn ủ v.v...) ..... \$ \_\_\_\_\_

Cho việc đáp ứng các nhu cầu đặc biệt khác ..... \$ \_\_\_\_\_

Bằng chữ ký của tôi/chúng tôi, tôi/chúng tôi xác nhận rằng các dữ kiện kê khai trong mẫu Dữ Kiện cho việc Tái Thẩm Định - Chương trình Trợ Cấp Nuôi Con Nuôi này là đúng sự thật và chính xác với tất cả sự hiểu biết và tin tưởng của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi kê khai lời khai này, xin chịu trách nhiệm trước hình phạt về tội man khai và hiểu rõ rằng bất kỳ việc cố ý che dấu hoặc kê khai không đúng sự kiện quan trọng trong việc xin trợ cấp nuôi con nuôi này có thể đưa đến việc tôi/chúng tôi chịu các hình phạt về tội man khai mô tả trong bộ luật "California Penal Code" (Bộ hình luật của California).

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHA/MẸ NUÔI

Ngày

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHA/MẸ NUÔI

Ngày

ĐỊA CHỈ CỦA GIA ĐÌNH

SỐ ĐIỆN THOẠI

(        )